

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

株式会社 福祉工房

② 施設・事業所情報

名称： 杏友園	種別： 障害福祉サービス	
代表者氏名： 奥田 修	定員（利用人数）： 生活介護 60 名 施設入所支援 50 名 短期入所 5 名	
所在地： 宮城県塩釜市新富町 14-10		
TEL : 022-365-6815	ホームページ : https://shinsho-miyagi.or.jp/	
【施設・事業所の概要】生活介護、施設入所支援、短期入所		
開設年月日： 平成 13 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 宮城県障がい者福祉協会		
職員数	常勤職員： 39 名	非常勤職員： 12 名
専門職員	介護福祉士 26 名	看護師 1 名
	管理栄養士 1 名	
施設・設備の概要	(居室数) 56 部屋	(設備等) ディルーム、医務室、浴室
		多目的ホール・交流ホール・会議室他

③ 理念・基本方針

基本理念…人と人との係わりの中で、人として生き、目的を持って生き、支え合う人生

- | |
|---|
| 基本方針…① 人と人との係わりの中で生きていくことを大切にします（地域生活）
② 人として生きていくことを大切にします（人権の尊重）
③ 目的を持って生きていくことを大切にします（自立と QOL）
④ 支え合って生きていくことを大切にします（社会貢献） |
|---|

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・完全個室 同性介助 ・トイレ、浴室、居室等介護用リフト導入 ・施設行事（新緑会、秋祭り、忘年会）地域行事への参加等 |
|--|

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 7 月 23 日（契約日）～ 令和 7 年 12 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（2009 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○リスク管理体制

安全防災委員会が定期的に開催され、日常の支援で発生したヒヤリハット事案の報告と再発防止の検討が行われています。また、事故対応時の指針として「事故マニュアル」や「緊急マニュアル」が整備され、職員の行動基準として活用されています。医療的な安全管理についても、服薬管理は看護師が一括管理し、鍵のかかる薬品庫に保管されています。職員はマニュアルに則り、誤薬・飲み忘れ防止のために二重三重のチェック体制を実施しています。また、緊急時対応として施設内にAED（自動体外式除細動器）が設置されています。これを用いた総合訓練も定期的に実施されており、迅速な対応力が備わっています。

感染症対策においては、「感染症及び食中毒対策委員会」が2か月に1回定期的に開催されています。委員会を中心に感染症発生時の対応手順を定めた「業務継続計画（BCP）」が策定され、ゾーニングや動線の分離を想定した体制が整えられています。利用者の居室がすべて個室である構造も、感染症拡大防止とプライバシーへの配慮に寄与しています。

防災・災害対策については、ハザードマップ上で震災の影響が想定される地域にあることを踏まえ、具体的な避難先が定められています。その上で、車椅子利用者を想定した訓練や、職員数が少ない夜間を想定した避難訓練が年1回実施されています。さらに、災害備蓄品が従来の3日分から5日分に拡充され、大規模災害への備えが強化されています。

これらの取り組みから、施設は、事故、感染症、災害、医療ミスといったリスクに対して、マニュアル、訓練、組織体制といった多層的なアプローチで対応し、利用者の生命と健康を守るための安全性を組織的に確保しています。

○利用者の自律・自立生活への支援体制

施設では、利用者が生活の主体者となることを目指し、衣服や嗜好品（おやつ等）の選択を可能な限り本人の希望に沿って提供する具体的な工夫が行われています。日常の金銭や持ち物の自己管理についても、可能な範囲でサポートされています。利用者の能力に応じ、少額を自己管理に任せるなど、主体性を育む機会が確保されています。

意思疎通や意思表明の支援に関しても、高い配慮が見られます。言葉による意思疎通が難しい利用者に対しては、絵や写真、イラストなどの視覚的支援ツールが用意されています。また、インターネットの商品情報なども積極的に活用されています。こうした具体的なコミュニケーション手段により、本人の好みや希望を明確に確認する体制が整っています。また、利用者が「相談したい」と希望した際には、職員は時間や場所を利用者と話し合って決めています。このように、利用者が意見を述べやすい環境づくりに努めている様子がうかがえます。

さらに、利用者の意向を尊重した社会参加や学習支援においても、個別性の高い支援が実施されています。例えば、義務教育を受ける機会がなかった利用者の「学校生活を送りたい」という希望を受け、学習内容を学び直す形で国の教育確保事業を活用した支援を実施しています。社会参加の面では、“外出したい”という希望の実現に向けた支援や、将来的に「自分でホテルに泊まる」という希望を持つ利用者に対して段階的な支援が進められており、利用者の夢や目標の実現に向けた挑戦を組織的に後押ししています。

利用者についても、ADL維持のため、個々の状態に合わせ段階的に検討されており、洗

濯、掃除、立ち上がりなどの動作訓練を含め、利用者の能力を尊重しながら各種職員が連携して支援しています。

これらの取り組みにより、施設は、利用者一人ひとりの尊厳を守り、主体的な生活を送るための環境を整える取り組みが積極的に行われています。

○利用者の日常生活の支援体制

日常生活の支援は、利用者の個別ニーズに応じてきめ細かく実施されています。食事面では、個々の嚥下・摂食状態に応じた刻み食やソフト食など、多様な食形態が8~9パターン提供されています。また、通常の食事提供に加え、ハンバーガーやカップ麺といった利用者の好みに応じた外食の機会が2か月に1回程度設けられ、日常に楽しみを創出する工夫もなされています。身体支援の場面では、必要に応じてリフトを使用して排泄・入浴支援を行うなど、利用者の安全性と職員の身体的負担軽減に最大限配慮した設備と支援が提供されています。

さらに、生活環境の快適性と安全性も重視されています。安全衛生委員会が組織されており、月1回、施設内を巡回して安全リスクの点検を行う体制が整備されています。また、全ての居室にエアコンが設置され、個別の室温調整が可能となっているなど、居住空間の快適性も確保されています。利用者が興奮状態になった際には、「静養室」に限定せず、慣れた環境である自室をクールダウンの場として活用するなど、利用者が安心できる空間での対応が図られており、日常生活において、個別化された質の高い支援と、組織的な安全管理が機能しています。

◇改善を求められる点

○家族とのコミュニケーションの不足

新型コロナウイルス感染症など様々な感染症の影響により、以前実施されていた家族懇談会や総会での事業計画の説明などが実施できていません。その結果、家族全体との直接的な交流機会や、継続的なコミュニケーションの場が確保されていない状況にあります。施設は広報誌を家族へ送付するなど個別の情報共有は図っています。しかし、家族を対象とした定期的なアンケートや満足度調査は実施されていません。そのため、家族の意見や不安を組織的に把握・共有する体系的な仕組みが不足しています。こうした仕組みが不足していることから、家族より支援の質に関する意見や不安の声が寄せられることがあります。その結果、施設側との意識のズレが一部で見受けられています。入所時に理念や方針の説明は行われていますが、その後の継続的な説明機会は限られています。事業計画資料は家族に配布されておらず、施設の運営方針が十分に伝わっていない可能性が懸念されます。

今後は、感染症対策に配慮しながら家族懇談会などの交流の場を再開することや、家族を対象とした定期的なアンケートを実施することで、家族の声を組織的に把握する仕組みを強化することが期待されます。

○中・長期計画の作成

現在、法人として中・長期的なビジョンに基づいた計画が策定されていません。そのため、施設としても中・長期的な計画が作成されていない状況にあります。しかし、築25年を迎えた施設の老朽化や支援の質の向上、地域社会との関係性の強化といった、中・長期的な視点から取り組む必要がある重要な課題が明確に認識されています。中・長期的なビジョ

ンが不明確であるため、施設の目指す方向や、将来的な展望と現在の取り組みとのつながりが見えにくくなっています。その結果、現在の単年度計画が将来の目標と一貫性を持ちにくい懸念があります。また、職員の自己評価からは、施設の経営状況や今後の方向性などが現場職員に十分に伝わっていない様子がうかがえます。中・長期的な方針が不明確であるため、職員一人ひとりが事業所の方針を主体的に理解し、業務に反映する機会が損なわれる恐れがあります。

今後は、法人全体の方針を踏まえつつ、施設独自の方向性を明らかにすることが求められます。老朽化や地域連携といった具体的課題への取り組みを明文化し、段階的な計画として整理していくことが必要です。これにより、短期的な取り組みが将来の目標と一貫性を持ち、職員が目標に向けて一体となって取り組める体制が構築されることが期待されます。

○地域との連携、再構築

施設における地域との連携は、運営規定に「地域と共に歩む施設を目指す」と明記され、過去には地域のイベントへの参加や施設や敷地の開放など交流実績もありました。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響により、以前実施されていた地域の清掃活動やボランティアとの合同イベント等は途絶え、再開の目途が立っていない状況です。また、地域イベント自体の減少も交流機会の縮小につながっており、職員の自己評価からも「地域のイベントへの参加が十分とは言えない」という声が見られます。

今後は、途絶えた地域との関係性を再構築することが、施設の公益的な役割強化や利用者の社会参加において重要となります。感染症予防を考慮した運用ルールを検討しつつ、清掃活動やボランティア受け入れを段階的に再開・定着させることが期待されます。また、利用者が地域のイベントを知る機会を増やし、職員が積極的に情報を提供することで、希望する利用者が地域社会に参加する機会を広げることが望まれます。さらに、地域連携推進会議などの活用に加え、地域の町内会や民生委員との連携強化も必要です。地域住民、自治会、施設が定期的に交流する仕組みを構築することで、地域に開かれた施設運営と、地域福祉向上のための公益的な役割を担っていくことが望されます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己満足による偏った評価を打破するためにも、今回の第三者評価は大変意義のあることだと感じています。自己評価が第三者評価を上回っている数値になっている部分については当施設の課題として、しっかりと取り組んでいきます。

⑧ 評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票

【障害者・児福祉サービス版】

- ※ すべての評価項目（64項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。
- ※ 評価項目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
<input checked="" type="checkbox"/>	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a (b)・c
<コメント>		
<p>施設の理念および運営の基本方針は、パンフレットやホームページ、事業計画書などに明確に記載されており、対外的にも職員にも一定の周知が図られています。新任職員研修において理念・方針の説明が行われており、自己評価において多くの職員が理念・方針を把握していることが確認できます。一方で、新任時以降に改めて理念や方針に触れる機会が少ないことから、継続的な理解の深まりには課題が残ります。理念や方針は組織運営の根幹であり、全職員が共有し続けることが望ましいため、年1回程度、全職員を対象とした説明や振り返りの場を設けることが期待されます。また、施設内の掲示等により日常的に確認できる機会の工夫も有効と考えられます。家族への周知については、入所時にパンフレットを用いて説明されているものの、その後の継続的な説明の機会は限られており、家族会の開催も新型コロナウイルス感染症の影響で困難な状況が続いている。</p> <p>今後は、定期的に配布する書類に理念・基本方針を添付するなど、工夫を凝らしながら継続的な周知に努めることが望まれます。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a (b) c

<コメント>

障害者自立支援協議会や身体障害者施設協議会などに参加し、また法人としても月1回の定例会議を通じて、国や県の福祉動向や制度改正の情報などが共有されています。これにより、施設を取り巻く外部環境の把握に継続して努めている様子がうかがえます。こうした情報は主に運営会議の場で話し合われ、主任や課長などのリーダー層には共有されています。一方で、現場職員への情報共有については課題があり、施設の経営状況や社会福祉の動向、それに対応する施設の方向性などが十分には伝わっていない様子が、職員の自己評価からはうかがえます。施設経営にかかわる情報が限られた層に留まることで、職員一人ひとりが事業所の方針や今後の方向性を主体的に理解し、業務に反映する機会が少なくなる恐れがあります。

今後は、リーダー層から現場への情報伝達を確実に行うとともに、施設としての重要な方針や方向性については事業計画書などに明記し、職員が共通認識を持てるような体制づくりが期待されます。

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a (b) c
---	-----------------------------------	---------

<コメント>

現在の経営課題として、物価や人件費の高騰に加え、築25年を迎えた施設の老朽化が大きな課題として認識されています。また、地域社会との連携の必要性については意識されているものの、新型コロナウイルス感染症の影響などもあり、具体的な取り組みは途切れている状況です。事業計画書にはコンプライアンスや虐待防止など福祉施設として基本的な内容が記載されていますが、施設の老朽化への対応や地域との関係性の強化といった経営上重要な課題については、具体的な記載が見られず、課題の明確化や方向性の共有という点で不十分な面がうかがえます。

経営課題を明確にし、全体方針の中に位置づけたうえで、職員一人ひとりがその課題を理解し、日常業務に結びつけていくことが望されます。今後は、老朽化や地域連携といった具体的な課題について、施設としてどのように向き合い、どのような取り組みを進めていくのかを明文化し、事業計画書などを通じて職員に周知していく取り組みが期待されます。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b (c)

〈コメント〉

現在、法人として中・長期的なビジョンに基づいた計画が策定されていないため、施設としての中長期的な計画も作成されていない状況です。しかし、施設の今後の運営においては、施設の老朽化や支援の質の向上、地域との関係性の強化といった中長期的な視点が必要な課題が存在しています。こうした課題については、法人の方針が定まっていない中でも、施設として独自に取り組むべき方向性を明らかにし、段階的な計画として整理していくことが求められます。たとえば、地域連携の推進や支援の質向上に向けた具体的な目標を持ち、それに向けた取り組みを中・長期的な視点で示すことで、職員一人ひとりが将来像を共有しやすくなります。

今後は、法人全体の方針を踏まえつつも、施設独自の中・長期的な方針や取り組み内容を明文化し、職員に分かりやすく伝えていくことで、目標に向けて一体となった取り組みが進むことが期待されます。

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・(c)
---	--------------------------------------	---------

〈コメント〉

現時点では、法人および施設としての中・長期的な計画は明文化されておらず、そのため中・長期計画に基づいた単年度計画という形にはなっていません。ただし、施設では毎年度、各班が前年度の振り返りを行った上で翌年度の計画を作成し、それをもとに事業所全体の事業計画が策定されています。計画には重点的に取り組むべき方針が示されており、日常の支援活動や運営の中でそれに沿った実践が進められている様子がうかがえます。しかし、中・長期的なビジョンが不明確であるため、施設の運営がどのような方向を目指しているのか、将来的な展望と現在の取り組みとのつながりが見えにくい状況にあります。

今後は、施設としての中長期的な課題や目標をあらかじめ明確にした上で、それらを踏まえた形で単年度ごとの計画を位置づけていくことが望されます。これにより、短期的な取り組みが将来の目標と一貫性を持ち、職員にとってもより見通しを持って業務に取り組むことが可能となると考えられます。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a (b) c
---	---	---------

〈コメント〉

事業計画の策定にあたっては、各班で前年度の反省を踏まえたうえで翌年度の計画が作成され、職員との話し合いを通じて実績や今後の取り組みが検討されています。策定された事業計画書は閲覧場所に設置されていますが、個別配布はされていません。職員の自己評価では、計画内容について「理解していない」等の回答が過半数を占めており、把握が十分ではないことがうかがえます。施設に関する部分だけでも抜粋して職員に配布し、事業計画をより身近に感じられるようにすることで、年度の取り組みに対する意識の統一と一体感の醸成が期待されます。実施状況について、法人全体や施設内の班ごとに進捗把握は行われています。しかし、事業報告書には「できなかったこと」や「翌年度への課題」の記載がほとんどありません。振り返りが十分に活用されていない印象があります。

今後は、取り組んだ実績だけでなく、課題や改善点を明記し、それを翌年度の計画に反映させる流れを明確にすることが期待されます。また、職員が事業計画の意義や内容を十分理解できるよう、リーダー層への指導と併せて、職員への丁寧な説明が求められます。

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a · b · (c)
---	-------------------------------------	-------------

〈コメント〉

現在、家族に対しては家族会の役員会などで事業計画の説明が行われることはあります
が、以前実施されていた総会での説明は、新型コロナウイルス感染症の影響により開催が難しくなっており、継続的な説明の場が確保されていません。また、事業計画を記載した資料も家族に配布されていないため、施設がどのような方針で運営されているか、家族に十分伝わっていない可能性が懸念されます。利用者に対しても現状では説明は行われていない状況です。障害特性を踏まえると、事業計画書の直接的な説明では理解が難しいと思われますが、しかし、伝える努力を放棄せず、分かりやすい表現の資料を作成すべきです。掲示や懇談会での説明など、利用者に合わせた工夫が望まれます。

今後、家族に対しては重点的な取り組みや施設の方向性などをまとめた簡易な資料を広報誌などに添えて定期的に送付することも期待されます。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a (b) c

<コメント>

施設では安全防災委員会、虐待防止委員会、感染症および食中毒対策委員会、給食会議などの各種委員会が設置されており、それぞれの活動を通じて事務報告や計画の進捗状況の把握と見直しが行われています。特に、虐待防止に関しては、利用者も含めたアンケートを数回実施した実績があり、一定の取り組みが行われています。一方で、支援の質そのものを継続的かつ組織的に評価・分析する仕組みは未整備であり、現在、自己評価や職員・利用者・家族からのアンケート調査は虐待防止に限定され、その他の支援領域についての定期的な確認や振り返りは行われていません。また、委員会活動においても中間での確認やチェックリスト等を活用した深い分析はされておらず、今後は支援の質を客観的に把握する体制の整備が求められます。家族からは、食事内容を含む支援の質に関する意見も寄せられています。これらの声を組織として受け止め、課題として整理した上で、改善に結びつける体制が望まれます。

今後は、「サービス向上委員会」などの新たな組織体制を整備し、年に1回程度のアンケートや自己評価を実施して現状を把握・数値化する仕組みづくりが望されます。得られた分析結果は文書化し、事業計画に反映させるとともに、職員への明確な共有と説明を通じて、組織的な質の向上への取り組みが進められることが期待されます。

9	I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a (b) c
---	--	---------

<コメント>

現在の取り組みとして、虐待防止に関するアンケート結果などをもとに一定の分析と文書化が行われており、その結果に基づき、課題や改善策については、ケアの担当やリーダー層を通じて現場に共有され、対応が進められている状況です。しかし、組織全体としての課題の明確化と計画的な改善の実施という点では、いくつかの課題の余地が見受けられます。事業報告書には、計画の未達成項目や翌年度への課題といった振り返りの記載がほとんどありません。そのため、残された課題が明確にならず、職員が改善に向けた振り返りを行う機会が乏しくなっています。また、職員の自己評価結果からは、管理者が示すビジョンや方針が十分に共有されていないと感じている職員も見られ、課題や改善策が現場に伝わりにくく構造的な課題がうかがえます。さらに、事業計画書においても、地域との連携といった重要な経営課題に対する具体的な方針や、前年から引き継がれた課題の反映が不十分な状況です。

今後は、アンケートなどの評価結果を踏まえて改善テーマを明確にすべきです。その上で、事業計画書への反映や、職員への明確な伝達を通じて、改善策を周知することが求められます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a (b) c

〈コメント〉

管理者としての役割と責任は、事業計画書に記載された基本方針等を通じて示されています。今年度の運営方針では「利用者一人ひとりの人格と尊厳を守り、自立した生活を営めるよう意思決定支援を第一に考え、常に利用者の立場に立った適切なサービスに努める」と明記されており、意思決定支援やコンプライアンスの強化など、重点的に取り組むべき方向性も合わせて示されています。これらは管理者が中心となって推進すべき内容であり、職員との共有が重要ですが、職員の自己評価の結果からは、管理者のビジョンや方針について十分に共有されていると感じている職員は多くはなく、理解や共感の度合いにはばらつきがある様子がうかがえます。現在は、リーダー層を通じて職員に方針などは伝達される体制となっていますが、その過程で情報が十分に伝わりきっていない可能性もあります。

今後は、事業計画書のうち施設に関する部分を抜粋し、職員一人ひとりに配布することや、日常的に閲覧できる場所への掲示など、職員が方針に触れる機会を増やす工夫が望まれます。加えて、リーダー層への伝達指導を強化し、方針やビジョンが確実に現場まで浸透するような取り組みが期待されます。

11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a (b) c
----	---	---------

〈コメント〉

法令やルールの遵守に関する取り組みとして、施設ではコンプライアンスに関する情報共有が法人内の施設長会議や運営会議で随時行われています。特にハラスメントについては、職員に向けた資料配布や、会議での説明を通じて注意喚起がなされており、内容によっては職員一人ひとりに配布する形で周知が図られています。会議においては、毎月ではないものの、タイミングを見ながら関連する話題を取り上げ、継続的に意識を高める工夫がされています。また、職員の自己評価からは、コンプライアンスに関する基本的な対応は多くの職員に理解されている一方で、職場全体としてその意識が十分に共有されているとは言いがたい状況もうかがえます。ハラスメントに関しても、おおむね安心して業務に取り組める環境があるとする意見が多数を占める一方で、不安を感じる職員も一定数存在しており、現場での受け止め方には差が見られます。特に近年は、以前であれば見過ごされがちだった発言や行動が問題視される傾向が強まっており、無意識のうちにトラブルが生じるリスクもあります。現状、大きな問題は表面化していないものの、時代の変化に即した対応が求められます。

今後は、施設内でハラスメント防止や法令遵守に関する研修を実施するほか、会議等を通じて定期的に取り上げ、組織全体で意識の共有と定着を図っていくことが期待されます。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	---	--

〈コメント〉

施設長が直接現場に関わる機会は限られているものの、職員同士で協力し合いながら支援の質の維持に努めている様子がうかがえます。一方、職員の自己評価で質の向上が「積極的に行われている」と感じているのは半数程度です。このことから、一部の職員には取り組みの意図や方向性が十分に伝わっていない可能性があります。また、支援の質を組織的に確認する仕組みについては、現時点では未整備な状況にあると考えられ、今後の検討課題といえます。

今後は、施設長やリーダー層が質の向上に向けた方針をより分かりやすく示し、研修や勉強会などを通じて職員の意識を高める機会を増やしていくことが期待されます。たとえば「サービス向上委員会」のような名称のもとで、支援の質を継続的に確認し、話し合う場を設けることも一つの方法です。さらに、利用者の意見を取り入れる取り組みとして、利用者自治会のメンバーとの懇談や意見交換などを通じて、支援に対する率直な声を聞く機会を作ることも有効です。こうした声を日々の支援に活かしていき、質の向上につなげていくことが期待されます。

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
----	---	--

〈コメント〉

経営の改善や業務の実行性を高める取り組みについて、施設では、総務課長を兼務する施設長が中心となり、経理・事務部門が集計した毎月の収支報告などの経営情報を取りまとめています。これらの情報は、運営会議において資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表といった資料を用いて確認されており、会議の場ではリーダー層に対して数値の読み取り方などの説明がなされています。こうした取り組みは、職員が経営の現状を理解し、参画意識を高めることを目的としたものであり、組織としての一体感の醸成にもつながるものと考えられます。また、業務の効率化や無駄の削減についても、運営会議や各部署の会議において検討が重ねられています。たとえば、備品の調達に際しては現場の使用感を確認した上で、コストを抑えられる製品の活用を進めるなど、日常的な業務改善への意識が見られます。近年は補助金を活用した設備の見直しも進められており、特にコロナ禍においては柔軟な対応がなされてきました。一方で、職員の自己評価では、「施設が効率よく運営されていると感じる」と回答した職員が一部にとどまり、「どちらとも言えない」との回答が半数を超えていることから、効率性への受け止めにはばらつきがある状況です。

今後は、職員の率直な声を把握するため、「どのような点に非効率を感じるか」といったアンケートを実施し、具体的な改善点を明らかにすることが期待されます。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画 が確立し、取組が実施されている。	a (b)・c

〈コメント〉

必要な福祉人材の確保・定着に関して、施設では職員予定数に対する充足率が概ね高く、人員配置基準は満たしており、大きな不足状態には至っていない状況です。ただし現場からは、職種によっては介助人数が不足しているとの声も上がっており、パート職員の採用などで対応を図っています。採用面では、正規職員は各拠点で個別に募集を行い、主に4月の定期採用や必要に応じた途中採用を実施しています。特に、実習生が在籍する学校での募集を中心に据えており、実習生に内定を出す形で採用活動も展開しています。パート職員については、主にハローワークを通じた募集が中心となり、応募状況によってはSNSやその他媒体を併用するなど工夫もされていますが、SNS活用には難しさも認識されています。定着面では、約50名の職員が在籍し、年間の離職率も比較的低く、他施設と比べても定着傾向にあると考えられます。キャリアアップやスキル向上に向けた研修制度や資格取得補助制度も導入されており、制度としては定着促進のための仕組みが整えられています。ただし、職員の自己評価では「研修や支援制度が充実している」と感じている職員は全体の半数程度にとどまっており、制度の存在が職員一人ひとりに十分伝わっていない可能性があります。また、「ワークライフバランスが取れて働けている」との回答が多数を占めるものの、少数ながら否定的な意見もあるため、働き方が定着を阻害する要因となる可能性も無視できません。

今後は、キャリアパス制度や研修制度の内容を全職員に周知することが重要です。併せて、定期面談等で悩みを聞き取る仕組み（例えば定期面談やアンケート）を強化し、定着を妨げる要因に早期に対応することが期待されます。

15

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

a b c

<コメント>

総合的な人事管理について、施設では人事考課制度を導入しており、年に1回、職員が目標を設定した上で自己評価を行い、それに対して上司が評価・フィードバックを実施する体制が整えられています。面談時には、上司から個別に助言が行われるなど、職員の成長を促す工夫が見られます。目標には、資格取得やスキル向上といった専門性の向上に関する内容も含まれています。加えて、就業規則には倫理綱領が盛り込まれており、採用時に全職員へ配布されています。また、メンタルヘルス対策としてストレスチェックを実施し、希望者には面談の機会が設けられています。一方で、倫理綱領は就業規則に記載されていますが、日常的に目にする機会は少ない状況です。そのため、行動指針としての定着にはやや課題が残ります。

今後は、年に1回程度、全職員で再確認する機会を設けるなど、継続的な意識づけが望まれます。また、人事考課が年1回の実施にとどまっているため、目標達成に向けた進捗確認や支援が遅れがちになる懸念があります。半期に1回程度の中間面談を導入することで、より実効性のある運用が期待されます。さらに、職員の自己評価によれば、上司との定期的な面談の実施が不十分を感じている職員も一定数おり、意見や悩みを聞き取る仕組みの強化が求められます。職員の声を早期に把握し、ワークライフバランスや職場環境の改善につなげるためにも、計画的な面談の機会を確保し、現場の声に応じた柔軟な対応が期待されます。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

a b c

<コメント>

職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに向けた取り組みとして、施設では総務課長を中心に、有給休暇の取得状況や時間外勤務の把握が適切に行われています。有給休暇については、法定の取得は進んでいるものの、取得のタイミングや頻度には個人差が見られ、発生した休暇が使いきれないまま消滅するケースもあることが課題となっています。一方で、職員の多くは休暇を取りやすい環境にあると感じており、一定の配慮がなされている様子がうかがえます。また、職場環境の整備に関しては、ストレスチェックの実施や、必要に応じたフォローフォローや面談など、メンタルヘルスへの配慮も行われています。これにより、健康面や心理的な負担への対応にも一定の体制が整っていると言えます。一方で、働き方に対する受け止め方には個人差があり、職員の中にはワークライフバランスに課題を感じている人もいることがうかがえます。こうした職員の声を丁寧に受け止め、就業環境に関する悩みや意見を把握するための工夫が今後の課題となります。

今後は有給休暇の取得をより積極的に促し、職員が安心して働き続けられる環境作りが必要です。働き方や職場環境に関する気づきを、職員間で共有し合える文化を育てていくことが期待されます。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17

II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

a b c

〈コメント〉

職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとして、施設では人事考課制度を活用した目標管理が実施されています。職員は年に一度、自ら目標を設定し、その達成度について自己評価を行ったうえで、上司から評価を受ける仕組みとなっており、評価結果は面談を通じて本人にフィードバックされています。目標の中には、資格取得やスキル向上といった専門性の向上に関する項目も含まれており、職員の成長に資する内容となっています。また、キャリアアップを支援するため、資格取得補助などの制度も整備されています。一方で、人事考課による評価は年に一度の実施であるため、目標の進捗状況を途中で確認する機会が限られており、必要に応じた軌道修正が難しい面があります。より効果的な目標管理のためには、半期ごとなど一定のタイミングで進捗を確認し、適切な助言や支援を行う体制が求められます。

また、育成支援制度については、制度としては存在するものの、職員への情報提供が十分とは言えず、活用が進んでいない状況も見受けられます。中には、声かけを行っても資格取得に意欲を示さない職員もあり、制度の意義やメリットをわかりやすく伝える工夫も望されます。

今後は、職員一人ひとりの育成をより確実なものとするために、定期的な進捗確認の仕組みの整備とあわせて、育成支援策の内容や目的について丁寧に周知を図ることが望まれます。個々の職員の目標や意向に寄り添いながら、主体的な成長を後押しできるような職場環境の整備が期待されます。

18

II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、
教育・研修が実施されている。

a b c

〈コメント〉

職員の教育・研修に関しては、新人研修に関する基本方針や計画が策定され、実施されています。新卒で入職した職員はまず新人研修に参加し、その後1年間にわたって業務内容だけでなくメンタル面も含めて、リーダー・主任などの指導者が関わる体制が整えられています。また、入職後3年・5年ほどを経た中堅職員に対しても、研修参加を促す取り組みが行われています。さらに、研修は内部研修と外部研修に分けられ、単年度の事業計画書に「施設内研修」「外部研修」として記載されています。内部研修では、全職員を対象に虐待防止や身体拘束などのテーマを扱っており、動画視聴とその後の理解という形式も併用され、研修の柔軟な実施が図られています。一方で、年間を通じた研修計画表は網羅的に策定されていません。また、研修の企画・実施・評価を担う専門組織（研修委員会など）も設置されていないため、研修の効果や定着状況を組織的に把握できていない状況です。このため、時期や対象、実施内容の計画性が不足しており、意図せず研修が遅延・偏重してしまう可能性もあります。

今後は、年間研修計画表を整備し、実施時期・対象職員・テーマを明示することで、研修が計画的かつ円滑に実施される体制を構築することが望されます。加えて、研修の企画立案、実施、振り返り・評価を担う研修委員会などの組織を設置し、研修が職員の成長につながっているかを検証できる仕組みをつくることも期待されます。

19

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。

a (b) c

<コメント>

職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保について、施設では、施設内研修・外部研修・法人研修などの実施状況を職員ごとに記録しており、誰がどの研修を受けたかを把握できる仕組みが整えられています。外部研修については、案内が届いた時点で施設内に掲示されることで、全職員が内容を確認できるようにされており、希望する職員は申請を通じて受講の機会を得ることができます。業務の状況を考慮しつつも、可能な限り職員の希望に沿った対応が図られており、研修にかかる交通費や勤務時間についても公務扱いとされるなど、参加しやすい環境が確保されています。また、新卒職員に対しては、法人としての方針に基づき、新人研修を1年間継続して実施しており、業務の習得だけでなく、メンタル面での支援も含めた体制が整備されています。指導には、主任等の中堅職員が関わり、段階的な育成が意識されています。一方で、制度面の整備に比べ、情報の周知や研修の効果検証に関しては課題も見受けられます。職員の自己評価では、キャリアアップやスキル向上に向けた研修やサポートについて「充実している」との評価が限定的であり、資格取得支援などの制度が十分に周知されていない可能性もうかがえます。また、年間を通じた研修計画や、企画・評価を担う専門的な組織（研修委員会など）が設けられていないため、体系的かつ継続的な研修機会の確保と、その成果の検証体制が十分に機能していない点も懸念されます。

今後は、資格取得補助制度などを含めたキャリア形成支援の情報を全職員に明確に伝えるなど、教育・研修機会の一層の充実を図ることが期待されます。

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。

20

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成
について体制を整備し、積極的な取組をしている。

a b c

<コメント>

実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について、施設では介護福祉士養成課程の実習生を中心に、積極的な受け入れを行っています。大学生も含め、これまで多くの実習生を受け入れており、実習指導にあたる職員も指導者養成研修を修了するなど、育成体制の整備に取り組んでいます。実習の受け入れにあたっては、事前・事後に実習校の教員との打ち合わせを行い、実習終了後には所定の評価書を学校へ提出しています。この評価は、実習生の将来や学業成績にも関わる重要なものであり、施設として責任を持って取り組んでいる様子がうかがえます。また、実習の進行に際しては、生活全般に関する情報を含めた実習生受け入れマニュアルが作成されており、受け入れ側の職員が共通認識を持って対応できるよう工夫がなされています。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a (b)・c

〈コメント〉

運営の透明性を確保するための情報公開について、施設では法人のホームページ上に事業所の紹介ページが設けられており、写真や活動内容の一部が掲載されています。これにより、一定の情報公開が図られている状況です。また、法人全体で苦情対応マニュアルを整備しており、苦情の申し出が解決に至った事例については、申し出た本人の了解のもとで情報を公開する旨が規定されています。一方で、情報公開の内容や発信方法に関しては、改善の余地も見受けられます。職員の自己評価では、施設のホームページ等を活用した家族や地域社会への情報発信について、「適切に行われている」と感じていない職員も一定数おり、情報発信の充実に向けた課題がうかがえます。特に、ホームページの記載内容については、写真や行事報告を中心であり、施設の基本方針やサービスの特徴、日常の支援体制などについて、もう少し丁寧な説明があると望ましいという意見もあります。また、広報誌については、現在のところ関係機関（市役所、消防、警察等）への提供は行われているものの、地域住民が自由に閲覧できる場の設置や、町内会を通じた配布といった工夫は今後の課題とされています。

今後は、ホームページの内容を見直し、施設の運営方針や日々の取り組みについて写真とあわせた文章による説明を充実させることが求められます。また、地域住民に施設の存在と活動をより身近に感じてもらえるよう、町内会との連携を通じて広報誌の回覧や掲示の機会を広げるなど、地域への情報発信の工夫が期待されます。職員の意見も踏まえながら、より伝わりやすく、共感を得られる形での情報公開を進めていくことが望まれます。

22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	(a)・b・c
----	---	---------

〈コメント〉

施設では、法人規定に則った経理処理・事務処理・業務執行が実施されており、適正な運営体制が一定程度整備されていることが確認できます。具体的には、経理監査や業務監査といった内部監査体制が機能しており、毎月の経理報告に対して、外部の会計専門会社による監査を受けているほか、年に複数回の中間監査で上半期の事業進捗ならびに決算予測を確認し、監査結果に基づき、運営会議やリーダー層会議において検討がなされています。これにより、会計基準や内部統制の観点からの運営チェック機能が働いており、経理・財務の適正性に対する基盤が築かれています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a (b)・c
＜コメント＞		
<p>利用者と地域との交流を広げる取り組みについて、施設では「地域と共に歩む施設を目指す」という運営規定が明記されており、地域との関わり方について基本的な理念を共有しています。具体的な取り組みとして、施設敷地が壁のない設計とされ、地域の方々が犬を連れて散歩できるコースとして開放されており、そこで利用者と地域住民が自然に顔を合わせる機会が設けられています。また、コロナ禍以前には盆踊りなど地域のイベントに利用者が参加していた実績もあり、現在も職員の付き添いで地域のイベントを見に行くなど、地域との接点を保つ動きがあります。日常的な外出支援として、職員と一緒に買い物に出かけるなど、地域との交流の場を確保しています。一方で、新型コロナウイルス感染症の影響により、以前は実施されていた清掃活動などの地域連携活動が途絶えており、再開の目途が立っていない状況です。また、地域イベント自体の数が減少していることが、交流の機会縮小につながっており、職員の自己評価にも「地域のイベントへの参加が十分とは言えない」という声が見られます。</p> <p>今後は、まずコロナ禍からの回復を視野に入れ、清掃活動や地域ボランティアとの合同活動といった地域と連携可能な取り組みを再開・定着させることが期待されます。また、利用者が地域のイベント（例えば夏祭り、盆踊り、少年野球観戦など）を知る機会を増やし、職員が積極的に情報を提供する仕組みを整えることが望まれます。希望する利用者には職員が付き添う、または家族が同行できるように配慮することで、地域社会参加の機会を広げることも可能と思われます。さらに、自立支援協議会などといった正式な会議の場を活用して、地域住民、自治会、施設が定期的に交流を持つ仕組みを構築することで、地域とのネットワークを深め、地域との「共生」の姿をより具体化していくことが期待されます。</p>		

24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	--	--

〈コメント〉

施設では過去よりボランティア活動を受け入れており、歌や音楽の披露、地域婦人会による踊りの発表会といった形式で、地域のボランティアと利用者が交流する機会を設けてきました。また、地域の中学生・高校生を対象とした職場体験の受け入れ実績もあり、地域との関わり方や体験を通じて育む姿勢も見られます。加えて、ボランティア受け入れ時の基本的な手順やマニュアルが作成されており、活動の安全性や整備性も考慮されてきています。一方で、現在は新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に活動を休止している状況となっており、ボランティアの受け入れをいかに再開していくかが今後の課題となっています。学校側からの職場体験の依頼も減少しており、受け入れ活動の再構築の検討が望まれます。ボランティア活動は、地域との連携を深め、利用者が地域とのつながりを感じる上でも重要な手段と認識されていますが、感染症対策を講じながら、安心して活動いただける体制の検討が望まれています。

今後は、感染症予防を考慮した運用ルールを検討しながら、ボランティア受け入れを段階的に再開することや、職場体験を含む若年層の受け入れについては、施設から地域の学校や教育機関へ働きかけて、協力関係を再構築することが期待されます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	---	--

〈コメント〉

施設と関係機関との連携は概ね良好な体制が整っています。具体的には、病院、相談支援事業所、福祉事務所などとの連携体制を適切に確保しています。また、施設長は地域の障害者自立支援協議会に参加し、地域の情報や福祉ニーズについて直接情報を得ており、地域に根ざした取り組みの基盤となっています。相談支援事業所の職員とは日常的な情報共有が行われており、利用者に関する重要な課題が生じた際にも、連携して対応できる体制が整っています。また、定期的なモニタリング訪問も行われており、連携は実質的な機能を果たしています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a (b)・c
----	--	---------

〈コメント〉

施設では行政や相談支援事業所などの関係機関と日常的に連携を図っており、地域の課題や福祉ニーズについて、一定程度の情報を得られる体制が整っています。特に相談支援事業所の職員とは、情報の提供や受領を含めたやり取りが日常的に行われており、現場での状況把握に役立っています。さらに、施設長が地域の自立支援協議会に参加していることもあります。また、地域の他施設や役所の職員などと情報を共有する機会が確保され、地域全体の福祉ニーズの動向についても把握する努力がなされています。一方で、地域の福祉ニーズをより広く把握するには、町内会や自治会といった地域組織との直接的な連携がまだ十分に整備されていません。地域に密着した情報や住民の声を把握するには、これらの組織との関係構築が望されます。

今後は、相談支援事業所や行政からの情報に加えて、町内会、自治会、さらには民生委員との継続的な連携を図ることで、地域における潜在的な福祉ニーズや変化にいち早く対応できる体制づくりが期待されます。

27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a (b)・c
----	---	---------

〈コメント〉

施設ではこれまでに地域ニーズや連携を踏まえた取り組みが行われ、施設敷地を地域住民にも開放し、散歩コースとして活用されている場面では、利用者と地域住民が自然に交流する機会が提供されています。また、かつては地域の盆踊りや夏祭りなどに利用者が参加するなど、地域社会との接点を持つ実績もあります。しかし、現状では、新型コロナウィルス感染症の影響により、以前は実施されていた地域の清掃活動やボランティアとの合同イベント、地域へ活動場所の提供などが中断しており、学校などからの講演や職場体験の受け入れ依頼も減少しています。さらに、施設が災害時の福祉避難所としての活動を期待される地域である一方、水害区域に指定されているため、地域との連携を通じた役割発揮が難しくなっている状況も見られます。

今後の改善に向けては、まずコロナ禍からの脱却を意識し、清掃活動などの地域連携可能な活動を段階的に再開することが期待されます。加えて、地域の町内会や自治会を通じて、広報誌や案内を回覧板などに挟んで配布するなど、地域住民への周知を図る工夫も望まれます。また、感染症対策を検討し、施設内ホールや敷地の一部を地域に貸し出す形で、地域住民やボランティアとの交流機会を創出することも有効と考えられます。こうした活動を通じて、地域全体に対して貢献する公益的な役割をより強化していくことが望されます。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供について、職員全体で共通理解を深めるための取り組みが施設において実施されており、利用者に対する権利擁護や虐待防止をテーマとした研修が毎年実施され、職員自身が権利擁護に関して自己点検を行うセルフチェックも含まれています。これにより、サービスの質向上や利用者の尊重という観点が職員一人ひとりに意識されるよう努められています。大半の職員の自己評価でも、利用者の意見や気持ちを尊重し、それを日々の支援活動に反映している状況が確認されており、職員間では利用者尊重の方向性について大きなズレがないことが確認されています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供について、施設では日常生活における具体的な対応が取られています。利用者はすべて個室での生活を基本としており、入浴や排泄などプライバシー性の高い支援については、原則として同性による介助が実施されています。また、日常の生活支援に関するマニュアル類にもプライバシー保護に関する記載があり、職員はこうした指針に基づき、利用者のプライバシーや権利を意識した支援を行うよう努めています。しかし、現時点では、プライバシー保護に関する規定やマニュアルは整備されていません。個人情報の取り扱いについては、「個人情報保護規定」が策定されており、これに基づく適切な対応が行われています。記録業務などでは、個人情報の保護に配慮した記載や取り扱いが実践されています。日報などに関しても、個人情報の記載に関するマニュアルが整備されているため、職員が日常的に参照できる体制が確保されています。</p> <p>今後は、既存の個人情報保護マニュアルに加え、利用者の生活全般におけるプライバシー保護を体系的に整理したマニュアルを作成し、職員が共通理解を持って支援できる環境を整えることが期待されます。プライバシー保護の基本的な考え方や具体的な配慮事項を明文化し、職員研修などを通じて確実に周知することが望まれます。</p>		

III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>
----	---	--

〈コメント〉

利用希望者または家族からの問い合わせがあった際、まず電話で施設の概要を担当者（管理者）から説明しています。その後、見学を希望する方には来所してもらい、パンフレットや入所に関する概要、部屋の状況や食事の様子、金銭的な情報などを資料とともに説明しています。さらに、体験を希望する希望者にはショートステイ形式で受け入れを行い、事前の実地調査を経て受け入れ可否を判断し、実際に体験できる機会を提供しています。相談支援事業所を通じて利用希望が出た場合にも、一定の施設情報がすでに伝わっていることが確認されています。一方で、施設ホームページの情報発信については、職員から「内容が十分ではない」との声が一部見られ、写真は掲載されているものの、施設の取り組みや支援体制についての文章による説明がやや不足しているという意見もあります。

今後は、利用希望者が事前に施設について理解を深められるよう、ホームページの内容をより充実させていくことが望まれます。具体的には、日常の支援の様子や職員の取り組みを文章でもわかりやすく伝える工夫が求められます。また、情報発信の内容について職員の意見も取り入れながら見直しを行い、より分かりやすく信頼性のある情報提供につなげていくことが期待されます。

31	III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c <input type="radio"/>
----	--	--

〈コメント〉

施設では、利用者やその家族に対し、サービスの概要や契約内容などを分かりやすく説明する体制が整えられており、入所決定後には契約書や重要事項説明書をもとに説明を行っています。また、施設見学や居室・食事の様子の確認に加えて、希望があればショートステイによる体験的な利用の機会も設けられています。知的障害のある利用者に対しては、理解しやすい言葉に置き換えて説明するなどの配慮も見られます。一方で、書面資料の視認性や理解支援の工夫には改善の余地があります。重要事項説明書などの書類にはルビがなく、知的障害のある利用者にとって理解を助ける工夫が不足していると思われます。また、見学段階では写真やイラストを活用する取り組みがあるものの、契約時やサービス開始後の説明では視覚的資料の使用が限定的であり、さらなる工夫が望されます。

今後は、利用者の理解度に応じてルビ付きの書類を用意するなどの柔軟な対応や、説明時に写真やイラストを活用した視覚的に分かりやすい資料の整備が期待されます。

32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	---	--

〈コメント〉

施設から別の事業所へ移る、あるいは在宅へ戻る利用者のケースも一定数見られており、移行時には必要な配慮がなされています。たとえば、別事業所へ移る際には、利用者や家族の同意を得たうえで、支援記録やアセスメント資料などの必要な情報を移行先に提供しています。また、在宅に戻る場合には、職員が「何かあったらいつでも連絡してください」といった趣旨の声かけを行い、併せてその旨を管轄の相談支援事業所にも伝えています。一方で、在宅移行時の対応について、相談窓口等の案内は口頭のみにとどまっています。

今後は、移行後も利用者が必要に応じて支援を受けやすくするために、連絡先や相談窓口の情報を記載した資料を利用者および家族に渡すことが期待されます。

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	III-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	---	--

〈コメント〉

利用者満足の向上を目的として、全利用者が参加する利用者自治会が組織され、毎月役員による会議が開催されています。会議には自治会役員と職員が参加し、利用者からの要望を聴取したうえで、内容を全体に共有したり、運営委員会に取り上げたりする体制が取られています。また、玄関の電話横には意見箱が設置されており、受付担当者が定期的に内容を確認し、意見・要望を分類して対応の検討を行っています。さらに、満足度向上の取り組みとして「食事の嗜好調査」が行われており、給食会議の場では「肉が欲しい」「味が濃い／薄い」といった具体的な意見を利用者から直接聞き、給食業者との協議を通じてメニューに反映する工夫がなされています。一方で、利用者満足度を測定するためのアンケートや調査を定期的に実施しているかについては記録が明確でなく、特に家族に対する満足度の把握については十分とは言えない面が見受けられます。家族からは支援に関する不安の声が寄せられることもあり、コロナ禍により家族との懇親会が開催できていないことが、意見交換の機会の減少につながっている点が懸念されます。

今後は、利用者に対するアンケートや満足度調査を定期的に実施し、分析・検討する場を設けることが重要です。併せて、家族にも定期的なアンケートや懇親会等の場を設け、声を把握する仕組みを強化することが望まれます。これにより、家族とのコミュニケーションを促進し、支援に対する不安にも丁寧に対応していくことが、総合的な利用者満足の向上につながることが期待されます。

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	--	--

〈コメント〉

苦情対応マニュアルが策定されており、受付窓口、解決責任者、第三者委員の役割が明確に定められています。現在、受付窓口は副施設長が、解決責任者は施設長が担当しており、第三者委員には法人が選任した外部の人物が配置されています。利用者や家族が希望すれば、第三者委員の関与も可能であり、その連絡先などの情報は施設内に掲示され、周知が図られています。また、法人では第三者委員会を設置し、年に1回の苦情解決報告会を開催しています。そこでは、対応事例の報告とともに必要な改善策についても協議が行われています。直近では1件の苦情が寄せられ、施設ではマニュアルに沿った対応を実施しました。苦情が解決した場合には、申出者の同意を得たうえで内容を公表する仕組みも整備されており、重大な内容については行政への報告体制も確保されています。一方で、職員の自己評価からは、苦情や不満が発生した際の処理について、職員間での情報共有が十分ではないという課題がうかがえます。

今後は、苦情対応の仕組みに関する職員への周知を一層進め、全体としての対応力と連携体制を強化していくことが期待されます。

35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	--	--

〈コメント〉

施設では「相談」や「意見」を吸い上げるための複数の仕組みが導入され、利用者自治会が毎月開催されており、会議には職員もフォロー役として参加し、利用者からの声を聴取・対応しています。また、玄関の電話横には意見箱が設置されており、受付担当者が定期的に意見・要望・苦情を回収し分類しています。加えて、職員と利用者の関係性においても、「どの職員にでも相談できる環境」であることを前提とした対応がなされており、年2回の利用者アンケートやモニタリング時に「職員に相談しやすいか」「誰か相談できる相手がいるか」といった質問を通じて、相談環境の実態把握にも取り組んでいます。現在、相談窓口は担当職員が中心となるケースが多く、「どの職員でも相談可能」というメッセージを利用者に明確に伝えたり、掲示したりする対応は十分ではありません。また、職員の自己評価からは、利用者の意見や気持ちを尊重して支援に反映できていると感じている職員が多い一方で、相談しやすい環境作りにはなお課題が残っている面もうかがえます。

今後は、相談に際しては相手を自由に選べることや、複数の方法を選択できることを明示しておくことや、相談に対する手順書やマニュアルを用意し、統一した対応が行えるようにしておくことも期待されます。

36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a (b) c
----	---	---------

〈コメント〉

相談を受けた際は、ミーティング等を通じて職員間で情報共有を行っています。その後、施設・副施設長が中心となって利用者に事実確認を行い、問題があれば各グループの主任と協議して解決策を策定します。解決策は利用者に説明し、納得を得た上で全職員に周知するという流れが機能しています。さらに、対応に時間がかかる案件については「次回ミーティングまでに検討します」といった中間報告を利用者に行うことで、待たせる状況を少しでも軽減しようとする工夫も確認できます。一方で、相談対応の運用に関して、現状、苦情解決マニュアルは整備されているものの、相談・意見段階の対応手順を定めたマニュアルや手順書は整備されていません。そのため、相談を受けた職員や部署間での情報共有の仕方、対応が長引く場合の利用者への中間報告の方法などが文書化されておらず、対応のばらつきにつながる可能性があります。

今後は、意見・相談に対する対応手順をマニュアル化していくことも期待されます。具体的には、相談受付から情報確認、初動対応、解決策の提示、利用者への説明、職員への周知、フォローアップまでの流れを文書化することが必要です。時間がかかる案件では中間報告の方法やタイミングも明示し、対応の抜け・遅れを防ぐ仕組みを検討することが望まれます。

III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a b c
----	---	-------

〈コメント〉

施設では、利用者の安全確保のため、安全防災委員会が組織され、運営委員会を構成するメンバーにより定期的な会議が開催されています。日常の支援の中でヒヤリハット事例が発生した際には、所定の報告用紙に記載し、必要に応じて暫定的な対応策が取られた上で、安全防災委員会に報告されます。その上で、対応が適切であったかどうかの確認がなされ、必要に応じて再発防止のための見直しが図られています。また、施設では事故対応時の指針として「事故マニュアル」や「緊急マニュアル」などの文書が整備されており、これらは職員の行動基準として活用されています。安全防災委員会では、過去に発生したヒヤリハットの事例を参考に、設備面や支援方法の改善についても検討が行われており、事故の再発防止に向けた取り組みが行われています。

今後は、事故予知研修などを継続的に実施し、日常の業務の中で職員一人ひとりが「どこに危険が潜んでいるか」「それをどう防ぐか」を意識しながら支援にあたれるよう、予防的な視点を高めていく取り組みも期待されます。

38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	Ⓐ b・c
----	--	-------

〈コメント〉

施設には「感染症及び食中毒対策委員会」が設置されており、2か月に1回定期的に開催されています。委員には生活支援員のほか看護師も加わっており、委員会では利用者および職員に対する手洗いの徹底など、感染予防に関する指導が実施されています。職員の自己評価からも、施設内での感染症対策が日常的に徹底されている様子がうかがえます。また、感染症発生時の対応としては「業務継続計画（BCP）」が策定されており、ゾーニングや動線の分離等を想定した体制が整えられています。加えて、利用者の居室がすべて個室であることから、感染症拡大防止と同時にプライバシーへの配慮が可能な構造となっています。

今後の取り組みとしては、以前行われていた保健所から講師を招いての感染症対策研修の再開を検討し、外部の専門知識を活用した学びの機会を定期的に設けることで、職員の意識向上やスキル強化を図り、より安全で安心できるサービス提供環境の構築も期待されます。

39	III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にに行っている。	a Ⓐ b・c
----	---	---------

〈コメント〉

施設では、ハザードマップ上で地震の影響による津波浸水が想定される地域に位置しているという前提のもと、組織的な体制構築と訓練の実施を図っています。避難先は具体的に定められており、まず施設裏手の公園を第一避難場所とし、さらに危険が増す場合にはより高地への移動を計画しています。ただし二次避難場所への移動には坂道が急であるため、まずは公園への避難を優先しています。この避難経路に基づき、車椅子使用の利用者を想定した避難訓練や、夜間想定の訓練も併せて年1回実施しています。夜間訓練では、通常職員数が少ない状態を前提とし、緊急連絡網を使って場外職員を呼び出し、数名が10分後に駆けつける体制が整えられています。さらに、災害備蓄品についても、従来の3日分から5日分に拡充し、備蓄場所に確保されています。

一方で、夜間対応の体制については職員数が限られているため、緊急連絡網に頼る構成となっており、初動対応に不安を感じる可能性があります。今後は、地域との連携を通じて相互支援体制を強化し、避難・応援スタッフの確保や地域福祉関係機関との協力体制を構築することも望まれます。

III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>〈コメント〉</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアル類は文書化されており、これらは事務室および各支援現場にファイルとして配備されています。さらに、マニュアルは施設のネットワーク上にも保存されており、職員であれば同一フォルダから誰でも閲覧可能な体制が整備されています。作成にあたっては、利用者のプライバシー保護にも配慮した内容が盛り込まれており、「事故マニュアル」「緊急マニュアル」などのリスクマネジメント関連文書も含まれ、福祉サービスを安全かつ適切に実施するための基盤となっています。一方で、プライバシー保護に関するマニュアルなど、一部の必要な規定が未策定の状態にあります。</p> <p>今後はこうしたマニュアルの整備を進めていくことが期待されます。</p>		
41	III-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>〈コメント〉</p> <p>標準的な実施方法（マニュアル類）の見直しについては、必要に応じて、または定期的にマニュアルの更新・改訂が行われており、見直しが実施される体制は確立されています。たとえば、入浴支援に関するマニュアルでは浴槽や室温、水温に関する基準が最近見直されており、夜間や就寝中のケアに関する新たなマニュアルも作成されています。これらのマニュアルには新設・改訂日が明記されており、文書化された標準的な実施手順が定期的に見直されていることが確認できます。一方で、これらマニュアルの見直し・改訂プロセスにおいて、現場職員の意見が十分に反映されていない可能性が見受けられます。職員の自己評価からは、マニュアルや手順が現場のニーズと合わないと感じた際でも、改善提案を行っていない職員が一定数存在することが示唆されており、現場の具体的な課題や改善案が十分に吸い上げられていない可能性があります。</p> <p>今後は、マニュアルの見直しや改訂にあたって、現場で支援にあたる職員の意見を積極的に取り入れる仕組みを整備・強化することが望まれます。これにより、マニュアルがより現場の実態に即した内容となり、福祉サービスの質の向上にもつながることが期待されます。</p>		

III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	III-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	(a) b c
----	---	---------

〈コメント〉

施設ではサービス管理責任者が計画作成を統括し、アセスメントシートを用いた原案作成から、多職種（看護師、栄養士等）による意見聴取を含む個別支援会議を経て計画を策定する体制が整っています。さらに、利用者の入院や体調変化、職員のみでは対応困難な専門的事案が生じた場合の体制も整っています。外部医師や保健所健康づくり支援班など専門機関の協力を得て、その意見を支援計画に反映させる対応が取られています。こうした流れにより、策定された支援計画は、サービス利用計画に沿った内容となっており、利用者の状況や環境を踏まえた適切な支援設計が行われています。

43	III-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	(a) b c
----	--------------------------------------	---------

〈コメント〉

個別支援計画のモニタリングは、利用開始後や状況変化時には3か月ごと、通常期間においては6か月に1回を目安に実施されています。サービス等利用計画のモニタリング時にはサービス管理責任者が同席し、利用者の意向を尊重して「同席を外してほしい」との希望があれば配慮されるなど、本人の意思を反映した対応もなされています。また、モニタリングでは利用者本人だけでなく、必要に応じて家族の同意を得て会議を実施し、来所が困難な場合には電話による意思確認など柔軟な手法が取られています。策定された支援計画は、サービス利用計画に沿い、利用者の状況・環境・希望を踏まえた支援設計として機能しており、利用者のニーズの変化に応じて、個別支援計画は定期的に見直されています。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	III-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	(a) b c
----	---	---------

〈コメント〉

利用者に関する福祉サービス実施状況の記録については、施設では専用のソフトウェアを活用し、職員間での情報共有を図る取り組みがなされており、利用者の支援実施内容・バイタル・発作状況・薬の使用等の情報が入力されています。入力された情報は施設内ネットワークを通じて各職員が閲覧できるようになっており、情報共有体制は適切に機能しています。記録項目については、職員の名前やバイタルデータ、薬剤等の必須項目は定型文フォーマットで入力するよう定められている一方で、それ以外の状況説明などは自由記載形式を残すことで、画一的になりすぎない工夫も行われています。入力方法については新規採用時の研修や、主任・サービス管理責任者・施設長による指導体制が整備されており、職員教育面でも体制が備わっています。

<コメント>

施設では、利用者に関する記録の管理体制として、電子データおよび紙ベースの両面で厳重な管理とセキュリティ対策が確立されています。支援記録などの電子データは、専用ソフトを導入したパソコンで一元管理されています。これらのデータは、施設内ネットワークを通じて職員間で閲覧・共有することが可能です。このデータは、外部業者による高いセキュリティ設定の下で管理されています。インターネット接続環境にありながら外部からのアクセスを遮断する構成となっており、情報漏えいリスクを抑える対策が講じられています。これらのデータは、外部業者による高セキュリティ設定によって、インターネット接続環境にありながら外部からのアクセスができない構成となっており、情報漏えいのリスクを抑える対策が講じられています。一方、紙ベースの資料（契約書・重要事項説明書等）についても、利用者ごとのファイルが作成され、スタッフルーム内の鍵付き棚に保管されるなど、管理責任の所在が明確にされています。退所者のファイルは5年間、別の鍵付き場所で管理された後、秘密文書扱いとして外部専門業者へ委託して廃棄されるなど、個人情報保護への配慮がなされています。また、施設では「個人情報保護規定」が策定されており、利用開始時には重要事項説明書を通じて利用者・家族への説明が行われ、職員もこの規定に基づき日常的に個人情報を適切に取り扱っている様子がうかがえます。一方で個人情報保護に関する職員研修や勉強会の実施がやや不足している面も見受けられます。

今後は、職員の意識向上と制度理解を深めるためにも、定期的な研修機会を設けることが期待されます。

評価対象A 福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
46	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行って いる。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の自己決定を尊重する支援として、衣服や嗜好品（おやつ等）の選択を可能な限り本人の希望に沿って提供する工夫がされています。特に、言葉による意思疎通が難しい利用者には、絵、写真、イラストなどの視覚的支援ツールや、インターネットを活用した商品の提示など、具体的なコミュニケーション支援が行われています。こうした取り組みは、本人の好みや希望を確認する手段として有効に活用されています。一方、意思決定支援に関する職員研修や勉強会の実施頻度は年1回程度に留まっており、勤務シフトの関係で当日参加できない職員に対しては録画を用いて後日視聴できるよう対応が取られています。しかし、全職員に十分な周知と理解が行き届いているかについてはやや懸念が残る状況です。</p> <p>意思決定支援研修を職員の実践に定着させるためには、実施頻度の向上、および録画視聴後の確認・フォローアップ体制の強化が不可欠です。これらの仕組みを整え、より多くの職員が実践に結びつけられる体制を確立することが望されます。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
47	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されて いる。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設では、利用者の権利侵害を防止するため、障害者虐待防止法に基づいたマニュアル整備が進められており、障害者虐待防止要綱や身体拘束適正化マニュアルが作成され、職員はこれらに則って日常支援を行う体制が構築されています。職員研修については、毎年初めに防止マニュアルの読み合わせが実施されているほか、委員会主催による全職員対象の研修が年1～2回行われており、身体的虐待・精神的虐待（言葉による虐待等）・放棄・経済的虐待など、主要な虐待類型について具体的な事例やグレーディングの判断基準も交えて説明されています。職員の自己評価では、大多数が研修を受講していますが、受講していない職員も複数見られます。全職員への周知徹底には、なお改善の余地がうかがえます。また、研修実施時に勤務シフトの都合で参加できない職員に対しては、録画視聴等の対応が取られているものの、知識の定着や実践への反映という観点からは、フォローアップ体制の強化が望まれます。</p> <p>今後は、研修頻度を増やし、シフト勤務者も参加しやすい日時設定や、録画配信に確認テストを組み合わせる工夫が求められます。振り返りや実践報告の場を設けるなど、既存のマニュアル・研修体制を活かしつつ、研修内容の充実と定着を図る取り組みが期待されます。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			第三者評価結果
48	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		
<p>〈コメント〉</p> <p>施設では、金銭管理や持ち物の管理といった日常の自己管理を可能な範囲でサポートしています。例えば、利用者が自身で選び・支払える少額の金銭を設定し、日々のおやつや嗜好品、衣服の選択といった機会を設けていることで、選択の主体となる機会を確保しています。利用者の状態により、確実な自己管理が難しいと判断されるケースもあります。その場合は少額のみを自己管理とし、それ以外は施設または家族が管理する形を併用しています。また、洗濯・掃除・食事の下げるといった生活訓練も、利用者の状態に応じて実施が検討されています。これらは、これまで行ってこなかった動作を新たに取り入れる利用者も多く、取り組みの難しさが存在します。専門職員は、立ち上がりなどの動作訓練を含めつつ、段階的に支援を設計し、利用者の能力を尊重しながらリスク管理を図っています。</p> <p>今後、地域移行を見据える利用者であれば、改めて「金銭管理」「洗濯」「掃除」といった生活スキル訓練を計画的に提供していくことも期待されます。</p>			
49	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		
<p>〈コメント〉</p> <p>言葉による意思疎通が難しい利用者に対しては、ジェスチャーや絵・写真・イラストなどの視覚的なツールを用いたり、文字盤やトーキングエイドなど会話補助装置を活用し、コミュニケーション促進のための工夫が行われています。例えば、おやつなど嗜好品の選択時にはインターネットを活用して商品情報を提示し、利用者自身の意思表明を支援する取り組みも確認されています。こうした方法は、障害のある方が情報を取得・意思疎通を図るための環境整備として、制度的にも重要視されています。また、利用者のコミュニケーションニーズに対して職員が適切に対応できているかという自己評価では、大多数の職員が「適切に実施できている」と回答しており、概ね支援環境は整っていると考えられます。さらに、耳の不自由な利用者に対しては補聴器を使用されている方がおり、補聴器を使用しても聞こえにくい場合には、職員がその状況を把握し、個別に対応している様子も見られます。一方で、コミュニケーションに関する研修・勉強会に参加できていない職員が多数いる状況がうかがえます。支援手法を体系的に学ぶ機会が、十分機能していないことが懸念されます。</p> <p>利用者の心身特性に応じた支援をさらに向上させるためにも、研修頻度の拡充、内部勉強会の開催、そして研修後の振り返りや実践共有の場を設けることが望まれます。</p>			

50	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>
----	--	--

〈コメント〉

「相談したい」という利用者からの要望があった際には、職員は、時間や場所を利用者と話し合って決める対応が取られています。職員の自己評価によれば「いつでも相談を受けられるようにしている」という回答が多く、相談対応は概ね適切に行われている状態がうかがえます。また、受けた相談については記録に残され、職員間での情報共有も行われており、相談支援の履歴化・組織共有が確実に行われています。一方で、入所利用者の場合、昼休みなどに突発的な相談が多く発生します。職員が即応できず「後日話を聞きます」等の対応になることもあります。場合によっては利用者が無視されたような印象を受ける可能性も否定できません。

今後は、より具体的にいつ対応できるかなど、利用者が不満や不信感を抱かないよう配慮することも期待されます。

51	A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>
----	---------------------------------------	--

〈コメント〉

日中活動および利用支援については、施設では個別支援計画に基づき、外出、手芸、トランプ、オセロ、園芸、書道や手紙作成、ボッチャなどのスポーツ周辺活動を含め多様なプログラムが提供されています。利用者が同じ活動に飽きないよう、日ごとに活動内容を変更する工夫や、季節に応じたテーマを取り入れる配慮もなされており、興味・参加意欲を維持するための取り組みが確認されます。こうした活動は、個別支援計画の見直しと合わせて定期的に検討されており、「利用者の状況・希望に沿った日中活動」という観点からも整備が進められています。一方で、日中活動の計画を委員会形式で行っているため、計画に直接携わっていない職員には活動内容の把握や参加支援に差異が生じる可能性もあります。

今後は活動の企画・見直しに関わる職員だけでなく、支援を実際に担うすべての職員が「どのように日中活動が検討・改善されたか」を理解し、日常的にその結果を支援場面に反映できる体制を整えることが期待されます。

52	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c <input type="radio"/>
----	-------------------------------------	--

〈コメント〉

施設では、内部研修や外部研修を通じて、支援に関する研修が計画的に実施されており、利用者の状況に応じた支援が行われています。一方で、職員の自己評価からは、障害に関する専門的な内容を扱う研修への参加があまり行われていない状況もうかがえます。近年では、障害の多様化が進んでおり、記憶・注意・遂行機能の障害や社会的行動障害など、「見えにくい障害」にも対応できる支援力が求められています。

こうした背景を踏まえ、今後は外部の研修機関を活用するだけでなく、施設内においても専門家を招いて勉強会や研修を行うなど、より専門性の高い知識と支援技術の習得を図る取り組みが期待されます。これにより、多様な障害特性を持つ利用者に対して、より的確で個別性の高い支援を提供する基盤が整えられることが望まれます。

A-2-(2) 日常的な生活支援

53	A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	(a) b c
----	-------------------------------------	---------

〈コメント〉

食事面において、利用者の嗜好調査を実施し、その結果を支援に反映しています。刻み食・ソフト食など多様な食形態を8~9パターン提供するなど、個々の状況に応じた対応がなされていることがうかがえます。ただし、そのため業者との連携において選択メニューの提供が難しいという課題も存在します。この課題への工夫としては、デザートを変える、また外食の機会を設けることで利用者の希望を尊重する取り組みも行われています。外食は通常の食事とは別枠で、例えばハンバーガーやカップ麺など、利用者の好みに応じた食事を2か月に1回程度実施することで、日常に「楽しみ」を取り入れています。また、身体支援については、必要に応じてリフトを使用して排泄・入浴支援を行うなど、支援の安全性・快適性に配慮されています。服薬管理についても、看護師による管理体制が整備されており、薬品庫は鍵付きで保管、職員はマニュアルに沿いながら支援を行い、誤薬防止のために二重三重の確認を行っています。

A-2-(3) 生活環境

54	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	(a) b c
----	---	---------

〈コメント〉

利用者の快適性および安心・安全に配慮した生活環境を確保するため、施設では複数の体制や設備、取り組みが実施されています。まず、安全・衛生委員会が組織されており、月1回、施設内の危険箇所を巡回し、安全リスクの点検を行う体制が整備されています。生活環境の快適性においては、全ての利用者居室にエアコン（暖房機能含む）が設置され、個別の室温調整が可能となっており、居住空間における温度管理への配慮がなされています。また、利用者が興奮状態になるなど、落ち着く必要がある場合には、慣れた環境である自室をクールダウンの場として活用しており、「静養室」に限定せず、安心できる空間での対応が図られています。静養室は主に、体調不良時など一時的な待機場所として機能しています。加えて、緊急時の対応体制としては、施設内にAEDが設置されており、これを用いた総合訓練も定期的に実施されることから、非常時にも迅速に対応できる仕組みが構築されています。さらに、重度の障害を持った利用者に対しては、ベッドからの移動にリフトを使用し、安全にトイレや入浴ができるような設備も整備されています。この取り組みは、利用者の安全性を高めるとともに、職員の身体的負担の軽減にもつながる支援体制の一環となっています。

今後も、こうした取り組みを継続するとともに、安全点検や訓練体制を定期的に見直すことで、より高水準の生活環境の維持とさらなる質の向上が期待されます。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

55

A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。

a · b · c

<コメント>

施設内にリハビリ専門職が常勤していないことから、現在、施設における機能訓練に関する支援は原則として実施されていません。ただし、必要に応じて外部の療法士からの指導を受けながら、可能な範囲での訓練が行われています。具体的には、立ち上がりや姿勢保持など、見守りを伴う場面での日常生活動作に関する訓練が実施されており、心身機能の維持・向上を意識した支援が展開されています。また、外部のマッサージ師によるサービスも導入されており、定期的に施設を訪問して、筋緊張の緩和や身体の柔軟性向上を目的とした施術が提供されています。これにより、身体機能へのアプローチについても、外部専門職の力を活用しながら補完している状況がうかがえます。

今後の課題としては、こうした外部支援の有効性を活かしながら、施設内の支援職員が基本的な機能訓練の知識や留意点を把握し、日常的な支援に訓練要素を自然に取り入れていくような体制の整備も期待されます。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

56

A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。

a · b · c

<コメント>

利用者の健康状態把握については、体温測定が毎朝（必要な利用者に対して）実施されており、感染症流行時には朝夕の測定を行うなど状況に応じた対応がなされています。血圧測定についても、必要と判断された利用者には毎日、特に必要がない方には月1回という頻度で実施されており、個々の健康状態に応じた測定体制が整っています。さらに、年1回の健診・歯科検診に加えて定期的な訪問歯科も実施されています。また、インフルエンザの予防接種が利用者および職員に対して手配されるなど、予防・定期管理の観点からも適切な措置が講じられています。

57

A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。

a · b · c

<コメント>

医療的な支援が適切な手順および安全管理体制のもとに提供されている点について、施設では服薬管理を含む整備された体制が整っています。まず、服薬管理に関しては、処方箋を基に看護師が薬を一括管理しており、鍵のかかる薬品庫に保管されています。職員は服薬マニュアルに則って支援を行い、誤薬・飲み忘れを防止するために二重三重のチェックを実施しています。多くの利用者が自身で服薬できない状況にあるため、職員が内服を確認する体制も敷かれています。体調変化時の迅速な対応においては、緊急対応マニュアルが策定されており、看護師不在時の対応手順なども文書化されています。さらに、施設内にはAED（自動体外式除細動器）が設置され、これを活用した総合訓練も定期的に実施されており、緊急時の対応力も備わっています。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

58

A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。

a b c

〈コメント〉

利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援として、当施設ではいくつかの具体的な取り組みが進められています。例えば、義務教育を受ける機会を持てなかつた利用者が「学校生活を送りたい」という希望を持っていたことを受け、中学校の学習支援が行われています。現在その利用者は中学2年生として学び直しており、施設側も職員が英語や数学などの学習内容を改めて学び直すといった形で支援にあたっています。また、社会参加の面では、利用者が“外出したい”という希望を持った際に、その実現に向けた支援がなされています。具体的には、自宅への帰宅や将来的に「自分でホテルに泊まる」という希望を検討している利用者に対して、段階的な支援を進めています。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

59

A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。

a b c

〈コメント〉

地域生活を希望し、比較的自立度の高い利用者については、本人の意向を踏まえてグループホームへ移行した実績があります。一方で、重度の障害をもつ利用者も多く、グループホーム側での受け入れが難しいという構造的な課題もあります。また、家族の中には「親に何かあったときには、グループホームよりも長期的な支援が可能な施設への入所を希望する」といった声も多く、地域生活への移行に対する捉え方には幅があります。施設では、個別支援計画のモニタリングやアセスメントの際に専用の確認シートを用いて地域移行の希望を把握しており、希望があった場合には相談員につなげる体制が整えられています。ただし、地域生活への移行支援に関するマニュアルや手順書は現在のところ明確に整備されておらず、他施設との情報共有を通じて作成を検討している段階です。

今後は、移行に向けた訓練や準備も含め、具体的な支援内容を整理したマニュアルや手順書を整備し、利用者一人ひとりの希望と意向に寄り添った支援が段階的に実施されていくことが期待されます。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

60	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a (b) c
----	--------------------------------------	---------

<コメント>

施設では、利用者の家族との連携・交流、および家族支援に取り組んでおり、入所時にはパンフレットを用いて施設の理念や基本方針を説明しています。また、広報誌を発行するたびに家族へ送付し、施設の取り組みや日常の様子についての情報共有が図られています。個別支援計画の策定や見直しの際には、利用者本人または家族の同意を得るプロセスが継続して行われており、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時にも面会 자체を完全に停止することなく、対応が工夫されてきました。一方で、コロナ禍の影響により、家族懇談会など、家族全体との直接的な交流機会が実施できており、家族の意見を定期的に把握するための仕組みが不足しています。利用者に対しては、満足度調査の試行や自治会活動を通じた意見の把握が行われていますが、家族を対象とした定期的なアンケートや満足度調査は実施されていません。今回の家族アンケートの結果からも、施設側との意識のズレが一部で見受けられました。

今後は、感染症対策に配慮しつつ、家族懇談会の再開や定期的なアンケートに取り組む必要があります。家族とのコミュニケーションを深め、不安や意見を組織的に把握・共有し、施設運営に反映させることが期待されます。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		第三者評価結果
61	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a · b · c
<コメント>		
対象外		

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援		第三者評価結果
62	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a · b · c
<コメント>		
対象外		
63	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a · b · c
<コメント>		
対象外		

64	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
＜コメント＞		

対象外